重要事例No.	【重要事例情報】具体的な内容	【重要事例情報】インシデントが発生した要因	【重要事例情報】実施した、もしくは考えられる改善案
923	患者は術前であり、週末外泊していた。2人部屋で同室者の状態が思わしくないため、ベッド操作をする必要ができ、外泊中の患者の荷物を移動させたいため患者に許可を得ようとおもいデーターベースの連絡先へ電話した。しかし本人は不在で家人から許可をもらう。その後本人から連絡が入る。家人には内緒で外泊していたとのこと。知られたくなかったため、外泊用紙には電話番号を書いていたはず、と訴え有り。謝罪する。	外泊用紙に記入した連絡先を確認しなかった。	スタッフへ事例を通し、外泊中の連絡先については外泊用紙で確認するよう呼びかける。
924	患者は排尿訓練中で夜中０時に排尿のため起こしてほしいと頼まれていたが他患者の対応に時間がかかり時間に声をかけられなかった。	他NSへ依頼ができていなかった	時間のかかるケア時は他NSへ依頼する
925	患者急変時救急ｶｰﾄの鍵を開けずに病室に持っていく。鍵は気づいた時点ですぐに開けたので病状に変化を及ぼすようなことはなかったが、内容的にﾊｲﾘｽｸ。	毎勤務帯で救急ｶｰﾄ点検、鍵の確認を必ず行っているが急変経験のない勤転したﾅｰｽが対応するには鍵の確認は難しかった。	医療安全対策推進室にすぐにﾊｲﾘｽｸｲﾝｼﾃﾞﾝﾄの発生を報告。以前出ていた鍵のﾁｪｰﾝ購入について問い合わせ。1週間内の入荷予測確認。卒一対象に8月中に急変時患者対応ｼﾐｭﾚｰｼｮﾝ実施。
926	看護師監視での松葉杖歩行患者が、夫氏の付き添いで松葉杖の練習をしていてふらついているところを発見。	看護師の監視下で松葉杖歩行である意味が患者に十分理解できていなかった。	監視下での歩行であることの意味を患者に十分に理解し行動に移せるように指導する。
927	管理日誌に記入するとき腹部ＣＴＡＭをＰＭｔｐ転記ミスし、朝食を食べてしまった	ワークシートから管理日誌への転記ミス。深夜でのワークシート再チェックが行われていなかった	手順の徹底
928	間欠的導尿後、採尿した尿を捨ててしまった。患者はCCｒの検査のため蓄尿中であった。	蓄尿中であることを忘れていた	尿器に蓄尿中のテープを貼っておく。
929	間接介助時、患者様に心疾患の既往があったため、手術室の備品薬のミリスロールとシグマートを手術室内に「持参薬」メモをつけ持ち込んでいた。その理由は使用しなかった場合、手術室に置き忘れないようにするためであった。勤務交代時、その旨申送ったつもりであったが、病棟よりの持参薬であると違った申送りとなり、病棟へ返却された。自分は手術室の備品カートに返却されているか確認した際、病棟に行っていることが判明した。	申送りの不備、「持参薬」という表現が紛らわしかった	申送り内容を確認する。表現を「ＯＰ備品」等明確にする
930	眼科の間接介助時、移動式手術ストレッチャーを手術台座に固定する際、手術台の間に椅子が挟まっており、椅子が急に移動しその患者に反動で不安を与えた	ベッドの操作を行うときは周辺をよく確認していなかった	ベッド操作を行うときはベッド周囲全体を確認するようにする
931	眼科の手術準備を行った際、必要な器械が不足していることに気が付く。その器械は前日の準備を行った時にあることを確認していたが、それが別の器械であり、必要な器械は未滅菌の状態であった。もう１セット器械があるが、修理に出ておりその時には１セットしかなかった。手術はやむを得ず別の機械を使用し実施した	１セットを修理中で１セットしかないことの連絡不備準備の際の確認が不十分であった。	器械の数を確実に把握しておく。修理に提出しとことの連絡体制をきっちりする。（カンファレンスの際述べ、記録に残す）　いつもはしていることができていなかった。確認するときは器械を十分に見る
932	眼科の手術日で、深夜で準備されていた外来カルテ（レントゲンの袋に準備されている）のを、手術場で申し送り時必要な検査が入っているかのみ確認し、名前を確認せず。	深夜看護師が、手術出しのカルテで別な患者のものを準備した 受け持ち看護師が、手術だしの時カルテの名前を確認せず、申し送った 手術場の看護師が申し送られ時カルテの患者氏名を確認していなかった。	受け持ち看護師は、手術だしの時点で外来カルテや持参物品の確認をするのではなく、余裕を持ってそれまでの時間に確認しておく
933	眼科の直接介助の際、次の手術に使用するため薬液消毒を行っているが、急いでしていた時に器械を落とし変形させ使用できないようになった。	次の準備に焦り、あわてていた。また器械多く場所が不安定な場所に置いていた	手術器械の置く場所を不安定なところにしない。手術器械を扱うときには慎重にする

重要事例No.	【重要事例情報】具体的な内容	【重要事例情報】インシデントが発生した要因	【重要事例情報】実施した、もしくは考えられる改善案
934	眼科の直接介助時、スポンジでカバーされたメスの刃を上にしてピーカーに立てていたため刃で切創を受傷した	メスの刃先を上にしていた。刃先を確認していなかった	スポンジで刃がカバーされていたので、切創はないと安心していた。刃物を扱っているという注意力が足りなかった。
935	器械カウントを実施し、手術を終了したが器械をセットした看護師よりコッヘルが1本不足していることを指摘された	1回だけのカウントであった。また手術開始時のカウントが手の感覚だけで行ったため、セットされた時点から不足していた可能性がある	手術準備の際に確実に本数を確認し、自信を持って本数が報告できるようにしておく。
936	休憩後、後に休憩の看護師に配薬が済んでいない事を申し送られたが、その後配薬しておらず。	最終的な、配薬の確認を行っていない。申し送りの内容をしっかり聞いていない。後休憩の看護師が配薬させただろうという思い込み。	申し送り内容を忘れそうなら、メモしておく。必ず、配薬ケースの全員分を1人1人が確認していく。
937	休日の点滴依頼のシステムを十分把握できていなかったため、朝の抗生剤の投与が遅れてしまい、患者に迷惑をかけてしまった。	本来他科の患者の点滴は、当直師長を通して依頼することは知っていた。しかし、主治医より土日の点滴も当科（消化器）の当番医がすると聞いていたため連絡できていなかった。主治医に確認すると、そのようなことは言っていないといわれ、正しく伝達できていなかったことも要因となった。	現マニュアルの周知徹底をはかる。例外的な指示や医師と看護師との伝達には、口頭でなく書面で記し確実に伝達できるようにする。患者がにとってこの治療がなぜ必要なのかを考え行動する。
938	給茶機が空だったにもかかわらず、電源ははいったままにしており空炊きにした。	お茶を抜くことを、前勤務者より申し送られていたにもかかわらず、忘れていた。その間に患者が茶を汲んだためお茶は底をついた。	状況的に、準夜による排水が無理なら日勤の最終で行ってもらう。業務の一つとして忘れることのないよう業務計画板に記入する。
939	胸部CT（造影剤使用）の予定であり、本人へも説明していた。当日CTは単純のみで終了したが、その時説明はなく、本人も放科では聞かなかった。A医師が夕方訪室し、CTのことをたずねると「造影と言っていたの単純だけだった。ミスではないか。」などと強い口調で言う。放科に確認をとり、必要がなかったので単純だけになったということを説明すると何とか納得する。２０時頃、B医師が訪室し、話をしようとしたときに椅子をすすめると、「私は忙しいからいいです。」と座ることを断った。そのことに対して激怒し、「ここでは治療してもらいたくない」と言い退院を希望。１１日は外泊とし、１２日に退院となる。	CTでの説明に関しても、納得されるまでにかなり時間を要した。主治医への信頼感がまだ築けていない状況だった。CTでのいきちがいに関しては、本人は納得したと話すが、B医師の言葉、態度に対して治療してもらいたくないと言い退院となった。	CTが単純になることがあることを説明しておけばよかった。CTが単純のみになった事を放射線科医師より、患者に直接説明があればよかった。主治医がCTに関して、すぐに適確な説明があればよかった。B医師が、すすめられた椅子に座り、患者が納得できていればよかった。
940	禁食となっていたが、主治医の許可により夕から食事が再開されることになっていた。オーダリングの入力は行ったが、配膳表の修正ができておらず、配膳したものはまだ禁食だと思い、あがってきた食事を処分してしまう。あとで患者から食事が届いていないと訴えがありきづいた。	配膳表をもちいた、連絡が不十分	オーダリングの変更時、配膳表にも変更の旨を記載
941	禁食中の患者に配膳をした。禁食入力は昼からされていた。	禁食の患者は事前に配膳車からお膳を抜いておく事になっていたが徹底できていなかった。食事表の部屋がばらばらで見にくかった。食事表の確認不足	マニュアルの徹底。食事表は体温表を使用しているため、部屋をきちんと入っているか確認し、手書きは出来るだけ避ける
942	緊急で、採血の指示が出たため、病棟ストックのスピッツで採血をおこなったが、スピッツの種類を間違えた。	ラベルに記載してあるスピッツの色しか確認しておらず、指示量は確認せず。	スピッツの種類、検査内容を知っておく。また、スピッツは指示量、の確認も行う。
943	緊急手術（解離性大動脈瘤）で電気メスのチップを手術部位により、使い分けをしていたが、使用していなかったチップが、おいていたはずのシャーレからなくなっていた。医師に報告し、術野、床、器械台の上を探すが発見できず。術後のXP撮影では、体薫内への残存は認めず。	緊急手術で器械台の上が乱雑になっていた。縫合針ほど扱いに意識していなかった	適宜器械台の上は整理する。どのような手術器械でも、集中を切らさないように自覚する
944	経管栄養投与後、１時間半後吸引すると嘔吐した	吸引により嘔吐が誘発された　胃管チューブから経管栄養が引けており、消化管の動きが低下している	経管栄養後に吸引するときは、NG開放してから行なう
945	頸椎手術後の患者が安静度がまだ看護師の監視下で歩行器使用歩行なのに、独歩をしていた。	監視下で歩行器使用での歩行の説明はしていたが、患者自身の歩きたいという思いと過信により生じたと考えられる。	安静度の説明時なぜ安静が必要なのか、安静を逸脱した場合どのようになるのか説明し患者の同意を得ることができる説明をする。

重要事例No.	【重要事例情報】具体的な内容	【重要事例情報】インシデントが発生した要因	【重要事例情報】実施した、もしくは考えられる改善案
946	血液型がO型の妊婦のカルテに、他患者の検査データが間違って貼られ、O型妊婦に「A型」であるとの説明と母子手帳への記入がされた。	検査データの貼り間違い　検査データ説明時の確認不足	検査データの取り扱い、説明時のマニュアル作成と実施の徹底
947	血管造影後９時に安静解除であった。安静解除は深夜看護師が行った。腎機能が悪いため、１４時まで点滴を行う予定であったが、１０時に訪室したときは、点滴は終了していた。	深夜が滴下を調整したあとに訪室するのが遅かった。点滴が腕の角度により早く滴下した。	環境整備に行く前に、訪室して点滴の滴下の確認を行う
948	血糖測定を自己管理している患者が、食事後血糖測定を忘れたことを報告される	食前に血糖を計るよう声をかけるようのするべきだった	食前の声かけ
949	検温で訪室すると安静度座位までの患者が不在トイレを探し本人がいるのを確認、安静度の事を話し介助で部屋へ帰りながらも再度説明する。約1時間後ナースコールあり、「他のいる前でいわなくてもいいのにもう少し言い方を考えてくれたらいいのに」と言われ謝る。患者は医師よりトイレへ行きたかったたら看護師に付いていってもらったらいいといわれたが忙しそうでから言わなかったという。事情を説明し納得される。	安静度を守れていない事が先に優先し患者への説明場所、方法など考えて行動できていなかった。	患者へ説明を行うときは周囲の環境、患者のプライバシーを考慮し行うことが必要、また言葉遣いも相手の気持ちを尊重して使う事が必要
950	検温時内視鏡があることを伝えると聞いていないためヨーグルトを摂取したと訴えあり、検査への問題はなかったため、内視鏡は実施した	内視鏡の指示が前日の準夜で出されていた。医師からの指示がなかったため準夜は気づかなかった。深夜は指示が出ている事に気づいていたが、患者への確認をしなかった。	時間外指示は看護師に声をかけてもらうよう医師へ伝える。
951	検査データーのはさみ間違い	検査データーを整理する際の確認不足と検査データーを準備する人とが違うために起こった。	検査データーの整理の仕方を改善し、カルテにはさむ際には患者の外来カルテで番号を確かめそれから検査を検査整理ボックスからだして、整理することとした。
952	厚生医療の手続きに行く患者に誤って他患者のレントゲンフイルムを渡してしまった。	名前の似た患者同士で、十分な確認ができていなかった。	患者の名前確認はフルネームで行なう。
953	腰椎麻酔の手術の際上肢の固定のみ行い下肢の固定を行わなかった	準備が確実に行えていなかった。自分自身の介助における確実性が不足していた	介助の確認リストを自分なりに作成する
954	左前腕肘部で静脈採血時、5cc吸血したところで患者が穿刺部痛を訴えたが2cc不足にてそのまま採血を続けてから抜針。抜針後も穿刺部痛訴える。その後両手指のしびれを訴え始める。医師の診察は不要、と。30分経過観察したが同訴えにて当直師長に報告し、神経内科当直医の診察を受けたが「神経学的問題なし」と。9:30主治医診察時には症状消失。以前より左上肢しびれ訴えあった。骨転移による神経圧迫症状。本日、両手に訴えあったが要因は不明。	患者が痛みを訴えたあともその行為を継続したことで患者が不満を持った。	採血行為そのものがしびれの原因とは考えられない事例だが、病状の進行に不満を抱えている平素の言動から判断し、患者の訴えに対してそのまま行為を継続せず、中断して経過をみるか、再採血を行うようにする。
955	採血できていない空のスピッツを検査科に送ってし待ったが、検査科でキャンセル扱いにしたため、確認もなく、採血できていないことにきづけなかった	採血したかどうかの確認不足。検査科ではキャンセルかどうかの確認なくキャンセル扱いにした	採血したかどうかの確認徹底。スピッツを搬送前に中身を確認することを徹底。検査科に、キャンセルがあるかどうか確認することを申し入れ
956	採血のスピッツの中に他の患者のスピッツが入っていた	不明	採血時にスピッツの患者名確認。マニュアルの見直し。容器を準備するときの確認
957	採血の指示が出されており、カルテのタックシールに手書きで１８：００と書かれていたが見落とし８：００に採血した。日勤看護師から指摘され採血スピッツのシールにも１８：００と印字されていた。しかし、指示受けした看護師に確認すると指示用紙に朝採血と指示されており朝の採血でよかったが１８：００と記載されているのを消し忘れていた。	日々指示が変更しており煩雑で指示が混乱していた	継続指示か終了した指示か、変更になっているのかを明確にする。指示受けをしたときに変更になったものは必ず前の指示に赤で終了と記入しサインをする。

重要事例No.	【重要事例情報】具体的な内容	【重要事例情報】インシデントが発生した要因	【重要事例情報】実施した、もしくは考えられる改善案
958	採血をしようとしていた時、他看護師にリニアックへの患者移送を依頼される。それと同時に他患者のOP出室の電話を受けた。受けた時間と名前を記載したが担当看護師に報告を忘れリニアックへ行ってしまい、帰室した時他看護師に指摘を受け気付いた。	今しなければならない業務が重なり、それぞれに十分な注意がかけられなくなった。一つ一つの行動が煩雑になっていた。	一つ一つの仕事を確実に行う共に、一つ一つの行動に責任をもって対処していく。他の用事があり、手が離せない時は、他看護師に依頼し協力を得る。
959	採血時、右手に持っていた採血針を左手側に置いてあったセーフティーナ内に廃棄しようとした際、誤って左前腕に針がかすり出血する。左手は止血しようと患者の腕をおさえていた。	セーフティーナの位置は危険な位置であった。針が確実に廃棄されたかを最後まで確認しておらず。	採血時手をクロスさせたり、危険な位置に物品を置かない。必ず針は確実に廃棄されたかを確認していく。
960	採血受付で診察券と異なる患者用事のスピッツを同じトレイに入れた。採血係りの看護師は診察券を見ながら患者を確認し、採血したら異なる指示の採血を行った。	受付で、患者のスピッツを入れたトレイに異なる患者の診察券を入れた	準備後の確認。採血前のスピッツと診察券の確認
961	採血忘れ	手順に沿いワークシートで確認していなかった	確認の徹底
962	採尿コップにＩＤ氏名を記載するときに氏名を他の人の物を記載した	検査で忙しく確認が十分でなかった	確認の徹底
963	産褥の退院診察が夕方行うべきところが漏れていて、患者様から問い合わせで気づき、診察を行った。（診察時間の送れ）	退院時の診察を分娩日から確認すべきところを、行っていなかった。	マニュアルに基づいて、確実に実施する。
964	使用後の輸血伝票は検査科に送る前に捨ててしまった	輸血伝票の取り扱い方の知識不足。指導不足。確認不足	伝票の取り扱いに対して、指導するナースも確認をしっかり行い、処理する。輸血伝票の取り扱いファイルを作成し保管する
965	使用中のエアマットのポンプから発火	発火したエアーマットのポンプはＨ１２購入したもの	耐用年数の過ぎたものは使用しない
966	指示票の記入ミス	医師と看護師の間で指示が変更になったと確認しておらず、指示票のミスに気付くのが遅れた。	指示変更時は医師より看護師への報告。看護師も変更時は医師に確認する。
967	耳鼻科で感染症と判明した患者に内科での問診でＨＩＶという事実をはじめて患者に告知することになった。	耳鼻科でのHIV告知がなされていず、内科で告知することに医師で話がついていた。この情報を耳鼻科の看護師は他のかの看護師に連絡したが、問診をとる看護師には誰からも連携できていなかった	ＨＩＶ患者が判明したときの手順を明確にする
968	車椅子への移乗は看護師の監視下で行うことになっている患者が、自分の杖でトイレまで歩行していったが便座から立ち上がることができないでいるところを他患者が発見する。	痴呆症状があり、理解力があまりよくない状態であったが、歩行練習をはじめており自力で歩行することは予測されたがその対策が十分ではなかった。	患者に再度自力で歩行することがまだできないことを説明するとともに患者の同意を得て、杖を看護管理にさせてもらった。
969	主治医から胸腔せん刺を主治医から処置係りの医師へ依頼があった。カルテの指示書を見て今日は点滴があると思った。なかなかあがってこないので他の医師にオーダーを依頼した。処置の時になって処置係りに医師から注入する日でないと指摘された。	指示書を見て注入があると思い込んだ。	指示書の確認動作を確実に。不明のことは主治医に聞く。
970	主治医から採血のデータの異常を指摘、血型を調べると別の患者のデータ異常があることが分かり、採血の取り違えが発見した。	スピッツの名前をはじめの字で判断してフルネーム確認ができていなかった	フルネーム確認を徹底する
971	主治医より前日に、明朝の朝の採血用のラベルを受けとり採血し、検体を提出し結果を確認すると、ＡＢＧ名前が別の患者になっていた。病棟名がＩＣＣＵとなっていたため、また入室患者が１名であったため、患者名の違いに気が付いた。	主治医からラベルを受け取った際、名前の確認ができていなかった。また提出時にも名前の確認ができていなかった	ラベルの確認を必ず行う

重要事例No.	【重要事例情報】具体的な内容	【重要事例情報】インシデントが発生した要因	【重要事例情報】実施した、もしくは考えられる改善案
972	手術室において、左鎖骨下静脈穿刺によるCVカニュレーション中にガイドワイヤーのコーティーングが剥がれ、一部が切れて肺動脈に達した。大腿動脈からシースを挿入し、経静脈的に肺動脈の異残物を除去した。手術は問題なく行われ、家族へは主治医より説明を行った。	使用したCVカテーテルは「cook社製５Frトリプルルーメンcvカテーテル」で、同梱のガイドワイヤーを使用せず、「テルモ社製ラジフォーカス・イントロデューサー?H」に同梱のプラスチックワイヤーを用いた事が直接的な要因（金属穿刺針とプラスチックワイヤーの組み合わせは禁忌である）と考えられる。しかし、cv挿入が困難な場合には、他社のガイドワイヤーを使用して挿入を試みる事は日常的に行われている。プラスチックガイドワイヤー、コーティーングガイドワイヤーは金属針、金属製外套管を使用すると、破損、切断の危険がある事は取扱説明書には記載されているが、文字が小さく読みづらいという背景があり、この事を認識している医師は少ないという現状であった。テルモ社の調査によると、海外ではガイドワイヤーの切断による訴訟事例は３例ということであった。	今回の事例をきっかけに、院内で血管内カテーテル挿入時のガイドワイヤーの取り扱いに関する注意事項として、ガイドワイヤーはセットに同梱のものを用いる事、金属針を用いるセットでは、針の先端でのワイヤーの損傷に注意する、金属針を通してワイヤーを頻繁に出し入れするのは慎む事、コーティーングワイヤーは決して金属針に通さない事を通知した。 プラスチックガイドワイヤー、コーティーングガイドワイヤーのメーカーへは、金属針・金属外套管は使用しない、金属針・金属製外套管を使用すると、破損・切断の危険がある事、実際に切断した事例がある事等について取扱説明書に一目でわかるような記載（文字を大きくする、カラーにする、写真を載せるなど）を行って頂くことを要望する。
973	手術中持針器が医師より帰ってきたが、受け取ることができず、医師が器械台の上に置いた。糸をつけるために持針器を見ると針がなかった。整形外科の手術で体腔内に針がないことが確認できたため手術を終了した。片付けの際、全身覆布の中から発見された。	介助に余裕がなく、持針器を受け取ることができなかった	手術の流れを再度確認し、不安な部分は先輩に聞き介助に余裕を持てる努力をする
974	手術直接介助交代時、申し送りを受け自分が認識した枚数と実際の数が異なり、探した結果ごみ箱より1枚見つかった	申し送りを受けた際に自分が術野に9枚であるのに、全部で9枚であると思い込んだため、術野にあった1枚を回収できていなかった。	申し送りに際に自分が認識したことを声に出して再確認しながら、思い込まないよう相手にも確認していく
975	手術予定表には右目、手術表には左と記載されていた。外来患者の眼科手術の退室準備を終え手術室に戻ると次の患者が入室し消毒が始まっていた。左右確認、名前確認は直接介助者が予定表を見ずに行っていた。（睫毛を切っているために手術側はわかる）	患者申し送りと患者入室の時間差により確認ができなかった。患者の申し送りの時に、手術室に入室し待機している患者様を他の人が搬送し、申し送りを聞いたものが患者に遅れて入室する	手術予定表と手術表は必ず確認する
976	週末のアンモニア採血のスピッツをバーチカルに入れて提出を忘れていた	朝に他の患者の急変の対応をしていた。	週末の検体の取り扱いを見直す
977	術後１日目朝の検査指示があり、もう一人の深夜看護師が検体を採取し、提出した。７：３０検査結果がでたが、ドレーン排液の結果がなく検査科に検体の提出の確認をしようと思っていたが、他の業務で忘れていまい、日勤の看護師にも申送るのを忘れていた。患者が病棟に帰室し、ベッドメーキングしている時にベッドのフレームにその検体があるのを日勤の看護師が発見した。医師に報告後検査科に再提出した。時間は経過していたが検査には支障がないとのことであった。	検査依頼伝票と検体との照合がされていなかった。検査科への確認をしなかった。日勤の看護師に申し送りをしなかった。	検査依頼伝票と検体は必ず照合する。結果が出ない場合は、直ちに問い合わせをする。自分ができないときは他の看護師に依頼する
978	術後３日目の患者が深夜無断離院した	喫煙の習慣があり喫煙していると思い込んだ。 術後３日目であり離院するとは考えていなかった。	入院時に病棟を離れる時は必ず看護師に声をかけるように指導する。 夜間巡視時は他の看護師チームと連携をとる。
979	術後４日目の患者が朝、点滴ルートを見てほしいと言われたが、歩行する前にナースコールで呼ぶようにと注意した。その日の準夜でそのときの対応について「今まであんなひどい言われ方をされたことがない。辛くて情けなくて。もう顔も見たくない。声を聞くのもいやだ。」と涙ながらに訴えた。	患者の訴えを聞かず、自分の業務の流れのなかで注意をし、言い方にも相手を傷つけるような言葉がけをしていたため。	患者には謝罪した

重要事例No.	【重要事例情報】具体的な内容	【重要事例情報】インシデントが発生した要因	【重要事例情報】実施した、もしくは考えられる改善案
980	術後の患者さんより、”おといイソジン希釈液を実母がお茶と間違えて私に飲ませてくれた”大丈夫だろうか？一口だけだけどとの訴えあり。吐き気や嘔吐はなく経過観察されていたが、心配になって相談されたとのこと。	ベッドサイドに消毒液をおいたままにしておいたこと。 薬液が消毒液であることを家族に十分説明していなかったこと。 付き添いの方が高齢であり、そのようなことが起きることが	患者さんや家族の方にベッドサイドにおいてある物が何であるか十分説明する。 不要になった物はすぐにかたずけ、ベッドサイドに物をごちゃごちゃ置かない。
981	術後リリアドレーンの廃液を回収していた。その際ドレーンをコッヘルでクランプする。廃液回収後コッヘルをはずさないままにしてしまい夜勤看護師がじ巡視時に他の看護師か指摘される。	廃液回収後の最後のドレーンチェックができていない	コッヘルは必要時のみ使用
982	術後体位変換に対して疼痛訴え強く同一体位によう褥瘡発見	同一体位による皮膚圧迫（身長142.2cm、体重61.2kg）	術後リカバリー室での皮膚状態の観察を行い、各パートで全身状態の観察を行う。身長・体重より予測し体位変換を行う
983	術後腸ろうより経腸栄養が投与されていた。1日100ＣＣを時間20ｍｌとの指示だったが1本200ＣＣをすべて投与してしまった。次勤務者によって気付く。患者は嘔気が強かったため、胃チューブより吸引する	量の確認不足。1本と思い込んでいた	個人によって時間・量は変わるのでカルテとの確認を確実に行う。
984	術前の除毛処置を患者自身に任せ、クリームをつけて除毛している姿を見ていたので除毛できていると思い、確認しなかった。手術室から、除毛できていないとの連絡を受けた	確認しなかったため	処置後、部位と処置が十分であるかどうかを確認することを徹底。
985	術前日に術式が決定した。入院時の予定術式とは変更されており、術後食事内容が入院時の術式で入力されていたが、術式変更に伴って食事入力の変更を行っていなかった。	食事変更が去れていなかった。明日以降の指示についての確認が去れていなかった。	翌日の予定、指示、食事については必ず確認する。
986	術前訪問時カルテが検査のためなかった。面会は別の看護師が事前に行っていたため、カルテより情報収集していた。そのとき別綴じカルテより情報収集したが、別の患者のカルテも綴じられており、患者の名前の確認ができていなかったため、別の患者のカルテの部分までの情報を術前訪問用紙に記載した。手術当日の申送りの際別の担当手術室看護師は、術前訪問用紙に記載されていた内容の申し送りがなかったが、確認することなく申し送りを受けた。手術が終了し手術室看護師がＩＣＣＵに申し送りを行う際、ＩＣＣＵ看護師が術前訪問用紙に書かれた内容がカルテに記載されていないことに気づき、別の患者情報が記載されていることがわかった。検査データは検査結果検索により、本人のものであったが、既往歴等の現病歴等が異なっていた	カルテを病棟看護師より受け取ったとき、どのようなカルテであるかの意識がなかった。またカルテのページ毎に名前を確認せずに情報を収集していた。情報の内容も病名、術式、既往歴を考えると不自然なものであったが、情報を転記するだけであった。カルテの患者の名前の確認ができていなかった。	カルテの各ページ毎に名前を確認する。情報収集の際は、病名、術式等情報の関連性をアセスメントしながら行う。
987	循環器から消化器へいく患者が２人いた。１人の患者のカルテが他の科で必要で渡した。Ａさんですねと声をかけ、返事をいただいた別人であった	声賭かけのとき「お名前を教えてください」といわなかったの「Aさん」「はい」で答え、別人にわたした	名前の名乗っていただくか、診察券を見せてもらう
988	食事がでている患者の朝食を、看護師が禁食と思っており、食事をそのまま下膳してしまった。	カルテには食事可の指示があったが、指示簿には禁食の指示のままであった。カルテの指示は見落としていた。	カルテと指示簿が統一した指示である様に、Ｄｒ．に指示をだしてもらう。
989	食前血糖測定があったが、患者はナースステーションにきて測ったものと思い込んでいた。１２：１０に訪室し確認すると、食事は終了していたが血糖は測定できていなかった	患者がナースステーションに来て他看護師が測定したものと思い込んでいた。	患者に血糖測定時間がわかるよう明示し、歩行できる患者はナースステーションで行うこと説明徹底する。
990	心臓手術の閉腹時ガーゼが不足して、Xpにて残留がないことを確認し手術終了。器械洗浄時手術開始時に別にしていた器械のコンテナの中から発見した	コンテナの中までガーゼを確認しなかった。閉腹の直前にガーゼカウントを行ったため、閉腹後のXP撮影となった	コンテナに器械を移すときは、手にもったものをよく見る。手術中も時間的に余裕があるときにガーゼカウントを行う
991	深夜で情報収集していたときカルテの前ポケットに採血ラベルが入っていた。指示も出されていなかった	医師の指示だしの不備	医師の指示をカルテに記載することの徹底

重要事例No.	【重要事例情報】具体的な内容	【重要事例情報】インシデントが発生した要因	【重要事例情報】実施した、もしくは考えられる改善案
992	人工股関節術後患者が安静度を逸脱して、自己体交していた。	眠剤服用し、無意識に自己体交した。	患者に説明し、眠剤の服用を控えるようにする。
993	人工骨頭置換術後2度の脱臼をしたため、家族の了解を得て三角枕で抑制していたが、自己ではずしﾍﾞｯﾄﾞｻｲﾄﾞにたっていた	長期臥床でストレスが溜まっていた。また何度も同じ説明をしても理解が得られず、興奮してしまう患者であった。柵を一人で降ろせないようにくくっていなかった	抑制を一人ではずせないように改良する。 ベッド柵を患者が降ろせないようにくくる。 ベッドのリモコンは電源を抜いておく。 場合により看護師の目の届く場所に移動する。
994	陣痛室での胎児娩出	経産婦で、分娩が急速に進行し、怒責感と同時に児頭が発露状態。陣痛室のまま外陰部にイソジンクリームをかけ、児を娩出。その後分娩室へ移送し、胎盤娩出。分娩係りは他の分娩介助中。	分娩進行予測の未熟。観察不足。
995	成績・報告の転記ミス	報告書と検査結果台帳の確認をしなかった。	提出前に報告書と検査結果を台帳で確認する。
996	整形外科で使用する器械が滅菌できておらず別のものが滅菌されていた	滅菌する際、数は確認していいたが、機材そのものの確認が不十分であった	器械の写真を確認して、疑問があれば解決する確認をする
997	整形外科直接介助中、チュークソーを準備する際に、ストッパーをかけておらず、刃先が動いた。怪我はなかった	ストッパーをかけていなかった	ストッパーがかかっていることを確認して操作する
998	精密尿量測定用のチャンバーのエア針がﾍﾞｯﾄﾞ上に落ちていた	体重測定や授乳などで患児を抱くときが多く、バルンｶﾃｰﾃﾙに接続したチェンバーも移動させる。その時に引っかかりはずれたと考えられる	チャンバーにエアー針はささない。 移動の際は必ず危険物がないか確認する。
999	絶食者でない患者様の食札が裏返してあり、そのまま食事を破棄した	裏返してある食札を捨てる前に再度患者名の確認をせず、食事を捨てている。食事のできる患者様に食事が行き渡っているのかを確認出来ていない	絶食に対しては、部屋番号と患者名を確認する。食事の破棄は破棄する前にもう一度患者名を確認する
1000	洗面所でﾘｸﾗｲﾆﾝｸﾞﾞ式のｼｬﾝﾌﾟｰ台を使って洗髪していた。倒していた台を元の角度に戻すためﾚﾊﾞｰをゆっくり押しながらｲｽの上部を支えていたがバネの反動が強くかかった状態で患者の頭部が跳ね戻る格好になった。患者は反動で背中を強打した形で元の角度に戻る。患者も非常に驚く。背部痛はなかったが頭痛を訴える。ＶＳ問題なく主治医の診察を受け、経過観察となった。翌日には症状消失。	ｼｬﾜｰ台操作上の手技不足。ｼｬﾜｰ台の老朽化。	状況を再現してみたが、ｼｬﾝﾌﾟｰ台をﾚﾊﾞｰで起こすときにｲｽを患者の左側の頭元を左手で支えていたが、ﾊﾞﾈの反動力と安定感の悪さから考え、患者の体を左腕で守るように左手で右側の頭元を押さえ込み、右側でﾚﾊﾞｰを操作、反動力を確かめながらゆっくりと左手の押さえ込む力を緩めつつ起こしていくと老朽化できしみがあっても大丈夫で、当事者にも指導。ｼｬﾝﾌﾟｰ台は老朽化でﾊﾞｰﾂ交換も困難にて平成15年度の備品整備要求に載せている。
1001	前日経皮的砕石術を全麻で施行禁食であった。腹鳴良好で飲水は可、術後より空腹を訴えていた。床頭台の引き出しの中にみかんがありお食べといっていた。５時１０分訪室時みかんをたべていた。	高齢であり禁食の説明は何度も行っていたがすぐに忘れてしまう所あり、本人が手の届く所に食べ物を置いていたため	説明をおこなっても理解力のない高齢者には食事開始になるまで食べ物を見える所におかないなど配慮が必要
1002	前日夕方より食事が開始されていた患者に朝食が配膳されておらず。患者の訴えにより配膳されていない事がわかる。	情報収集時に食事のチェックが出来ていなかった。深夜で行うべき食事表のチェックが出来ていなかった。朝に食事があがっていたが、患者本人にもカルテとの確認も行わず	決められた業務をきっちり行う
1003	早朝採血時、ICG負荷後のスピッツにも採血をしてしまった。	ICG検査に対して知識がなく、前後の採血がある事を知らなかった。検査の内容とラベル検体を深夜で確認する際、検査項目の確認不足。検査後の検体は病棟でラベルを出すと思い込んでいた。	検体の確認を複数で行っているが、施行者が思い違いをしているとミスが起きる。検査内容を理解することが大切。
1004	他の患者のタオルを間違って渡していた。	２人とも熱傷の患者で、滅菌タオルを使用していたが、中材からあがって来た滅菌タオルを各患者のワゴンになおす際間違ってしまった。	中材に出す際患者の名前がはっきりわかるようにだす。
1005	他科受診に外来ｶﾙﾃが届いていないと連絡が入り外来ｶﾙﾃが病棟にないことに気付いた。結局他病棟にあることが判明。	前日の夕方、他科受傷の準備をしたときに外来ｶﾙﾃが見当たらないことに気付いたがそのまま失念していたため探し出すのが遅れた。またﾅｰｽｽﾃｰｼｮﾝ内の机、棚などが整理されていなかった。	整理整頓の強化。外来ｶﾙﾃその他、所定の位置に直す。疑問をもったときに皆へ呼びかけ早期に解決する。